Lane Medical Library 1890

Ein Fall von operativ geheilter Extrauterin - Schwangerschaft.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 20. December 1890,

Nachmittags 2 Uhr,

öffentlich verteidigen wird

Wilhelm Steffens

prakt. Arzt

aus Aachen

Opponenten:

Herr Drd. med. Max Hoffmann, prakt. Arzt.

- Paul Wieczorek, cand. med.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1890.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0151

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Während bis vor nicht zu langer Zeit die Geburtshelfer sich nur mit einem gewissen Zögern an eine operative Behandlung der ektopischen Schwangerschaft wagten, und meist nur dann operativ vorgingen, wenn die Frucht abgestorben war, zugleich aber auch die Mutter in die höchste Lebensgefahr kam, oder, wenn sich nach dem Tode der Frucht gefährliche Zustände nicht ereigneten, sich mit der Hoffnung auf eine Einkapselung derselben exspectativ verhielten, hat diese abwartende Therapie einem mehr prophylaktischen, operativen Vorgehen weichen müssen. Gerechtfertigt erscheint ein solches Verfahren, wenn wir einen Blick auf die Statistiken über den Ausgang der ektopischen Schwangerschaft werfen. Ueberaus traurig sind die Resultate, welche wir daselbst vorfinden, und welche uns die Gefährlicheit des Leidens eklatant vor Augen führen. So berichtet Kiwisch von 100 Fällen von denen 82, Hennig von 150 Fällen von denen 133 einen tötlichen Ausgang fanden. Sie entstammen einer Zeit, wo man sich scheute, die Bauchhöhle zu öffnen und eine operative Behandlung garnicht oder nur vereinzelt versucht wurde. Dieser Standpunkt ist heute

verlassen, wo die Orariotomie, die Entfernung von den grössten festen im Uterus sitzenden Geschwülsten nach Laparatomie, die Abtragung des Uteruskörpers nach Sectio caesaria nach Porro, die totale Exstirpation des karzinomatösen Uterus nach Freund, Czerny, Müller ihre Triumphe feiern, wo wir die Fälle von Genesung nach operativem Eingriffe immer häufiger werden sehen, wo wir durch die bei den Operationen gemachten Erfahrungen eine genauere Kenntnis der anatomischen Verhältnisse erlangt haben. Alles dieses trug dazu bei, dass unter den Geburtshelfern feste Grundsätze Platz griffen, nach welchen die Therapie der ektopischen Schwangerschaft zu leiten ist. „Die Extra-Uterin-Schwangerschaft ist, wie Werth sagt, zu lange ein Tummelplatz des medizinischen Dilettantismus gewesen, während die mit wissenschaftlicher Methode operirende Forschung sich von ihr fern hielt; deshalb gilt es mit dem in vielen Jahrzehnten angehäuften Schutt aufzuräumen, das brauchbare Material zu sichten und neues hinzuzuführen, bevor es möglich sein wird, auf festerer und breiterer Grundlage die Lehre von der Extrauterin-Schwangerschaft in neuer Gestalt aufzuführen. Zu diesem Unternehmen ist die Mitarbeit vieler erforderlich, denn nur auf dem Wege der Sammelforschung wird es gelingen können, das benötigte Material zusammenzubringen. Zu diesem Baue auch ein Steinchen beizutragen, sei der Zweck dieser Arbeit. — Wenn auch unter den meisten Autoren die Ueberzeugung herrscht, dass die ektopische Schwangerschaft als eine bösartige Neubildung zu betrachten sei, deren Entfernung nach Ansicht Werth's man unter allen Umständen an-

streben müsse, so herrscht doch noch Uneinigkeit darüber, ob zu allen Zeiten der Schwangerschaft ein operatives Einschreiten am Platze sei. Um uns über den Standpunkt der meisten Geburtshelfer dieser Frage gegenüber zu orientiren, scheint es zweckmässig, wenn wir nach Bandl die Behandlungsweise der ektopischen Schwangerschaft trennen in die Therapie: a) bei wenig vorgeschrittener Schwangerschaft, b) bei vorgeschrittener Schwangerschaft, c) nach abgestorbener Frucht. In welchem von diesen Stadien ist für die Mutter die grösste Gefahr vorhanden? — Aus den Statistiken namentlich derjenigen Hennigs ergiebt sich nun, dass die grösste Gefahr den Frauen droht in der ersten Periode, wo dieselben nach Berstung des Fruchtsackes an einer stürmischen innern Blutung zu Grunde gehen; selbst wenn sie die Blutung überstehen, so sind sie doch noch nicht ausser Gefahr, denn immer schwebt wie ein Damokles Schwert eine nachfolgende Peritonitis über ihnen, welcher sie über kurz oder lang erliegen können. Von 150 Tubenschwangeren blieben 17 am Leben; bei 11 von diesen letzteren fand Kunsthülfe statt; die übrigen starben alle nach kürzerer oder längerer Zeit. Ohne operativen Eingriff starben 127, nach operativem Eingriffe 6. Im Ganzen 88% Mortalität. Angesichts dieser traurigen Ergebnisse ist es das Bestreben aller Geburtshelfer gewesen, das Leiden bei Zeiten zu erkennen und therapeutisch vorzusehen. — Ist es gelungen, die Diagnose zu stellen, so sind die meisten Forscher wohl darin einig, dass kein anderer Heilversuch gerechtfertigter und rationeller ist, als die Laparatomie und die Behandlung des Fruchtsackes nach allen Regeln der

Ovariotomie und Myotomie. Die Möglichkeit der Diagnose und Heilung hat Veit dargethan, und es hat sich auch Schroeder für operatives Vorgehen in einem solchen Falle ausgesprochen. Ist aber einmal das ungünstige Ereignis der Berstung des Fruchtsackes und damit innere Blutung eingetreten, so wird, was schon Kiwisch zu einer Zeit vorschlug, wo die Ovariotomie noch keine so glänzende Resultate aufzuweisen hatte, die Laparatomie und Unterbindung der blutenden Gefässe am Platze sein, wodurch auch einer später eventuell auftretenden Peritonitis vorgebeugt wird: eine Aufgabe, deren erfolgreiche Lösung leider in den meisten Fällen der Kinik vorbehalten sein wird.

Ausser der Laparatomie sind noch andere Methoden zur Vernichtung der „bösartigen Neubildung“ vorgeschlagen; ich meine die Punktion des Eisackes. Schon 1818 führten Delizée und Kiner dieselbe aus; auch hatte Kiwisch mehrere günstige Resultate zu verzeichnen. Diesen stehen aber so viele ungünstig verlaufene Fälle gegenüber, dass vielerfahrene Fachgenossen geradezu davor warnen; namentlich hebt Rennert hervor, dass in manchen Fällen nach der Punktion Abhebung der Plazenta und Blutung in den Fruchtsack stattgefunden hat, weshalb von dieser Methode wohl abzusehen ist, zumal die günstigen Erfolge sich mehren, welche in der ersten Zeit der Schwangerschaft die Laparatomie aufzuweisen hat. Ob die Injection von narkotischen Substanzen in den Fruchtsack zur Tötung des Foetus, wie sie Friedreich, Lange, Joulin, Koberlé vorgeschlagen mit der Laparatomie wird konkurrieren können, muss die Zukunft lehren; vorläufig sind zu wenig Resultate

bekannt, als dass man zu einem abschliessenden Urteile kommen könnte.

Während die Autoren über die Therapie der ektopischen Schwangerschaft in der ersten Periode, namentlich über das operative Eingreifen, ziemlich einig sind, weichen die Ansichten über die Therapie in der späteren Zeit der Schwangerschaft wesentlich von einander ab.

Schon die älteren Aerzte waren angesichts der Gefahren, welche in dieser Zeit das Leben der Mutter bedrohen, indem sie bei eintretenden Wehen Ablösung der Plazente, Blutung in den Fruchtsack, Berstung des letzteren, innere Verblutung oder Tod in Folge nachheriger Peritonitis eintreten sahen, sich der Notwendigkeit eines aktiven Vorgehens bewusst, und suchten das Kind, sei es durch Laparatomie, sei es durch Kolpotomie, zu entwickeln. Allerdings waren die Resultate recht traurig und nicht ermutigend. So berichtet Campbell, dass von neun Frauen, bei denen man bei lebendem Kinde die Laparatomie vorgenommen, keine einzige mit dem Leben davongekommen sei. Trotz der schlechten Erfolge forderte Kiwisch zu operativem Einschreiten auf, namentlich solle man beim Eintritte wehenartiger Zufälle mit dem operativen Eingriffe nicht zögern. Mittheilungen aus neuerer Zeit weisen etwas bessere Resultate auf; so stellt Keller 10 Fälle und einen v. Schroeder zusammen, wo von den 11 Müttern 4 und von den 12 Kindern 8 erhalten wurden. Ungünstigere Resultate weist die Zusammenstellung Litzmann's auf, wo von 10 Müttern nur eine am Leben blieb und von den 10 Kindern nur 4 auf längere Zeit lebten.

Werth führt 7 weitere Fälle an, in welchem nur in einem Falle die Mutter am Leben erhalten wurde. Letzterer Forscher hat sich mit Rücksicht auf die traurigen Resultate auf dem medicinischen Congresse zu Copenhagen dahin ausgesprochen, dass prinzipiell jeder operative Eingriff zu Lebzeiten des Kindes unternommen, in der vorwiegenden Absicht, dieses zu retten, zu verwerfen und der Fruchttod abzuwarten sei. Litzmann's Ansicht geht dahin, in der Regel nur dann operativ vorzugehen, wenn die Schwangerschaft bis in den 10 Monat vorgeschritten ist, wenn das Kind gut entwickelt und lebenskräftig erscheint, und die Untersuchung mit einiger Sicherheit zu der Annahme berechtige, dass die Plazenta nicht im Bereiche des Schnittes an der vorderen Wand des Fruchtsackes inserirt sei. Gusserow dagegen meint, dass bereits im 8. Schwangerschaftsmonate der Zeitpunkt für die Operation gekommen sei.

Was die Kolpotomie angeht, so hat man nach dieser bessere Resultate gesehen; so führt Campbell 9 Fälle an; 3 von diesen hatten sowohl für die Mutter als auch für das Kind einen günstigen Ausgang; in zweien wurde nur die Mutter erhalten, in 1 starb die Mutter und die 3 übrigen hatten sowohl für die Mutter als auch für das Kind einen tötlichen Verlauf. Diese Operation ist leider nur dann angebracht, wenn ein grosses Segment des Eies den Beckenkanal ausfüllt; ja manchmal drängt auch Kopf oder Steiss der Frucht das hintere Scheidengewölbe nach abwärts und erweicht, entfaltet und verdünnt es wie bei normaler Schwangerschaft.

Aus Vorstehendem ist ersichtlich, dass für die 2. Periode der Schwangerschaft die Ansichten über

die operative Therapie noch divergirend sind. Vielleicht wird uns die Zukunft bessere Resultate liefern.

Werfen wir jetzt noch einen kurzen Blick auf den gegenwärtigen Stand der Therapie bei abgestorbener Frucht. Da man mehrere Fälle beobachtet hatte, wo Frauen nach abgestorbener Frucht von weiteren schlimmen Zufällen verschont blieben, indem sich, wenn auch unter den Erscheinungen der Peritonitis eine Abkapselung des Foetus vollzog, wonach sich die Frauen meist wohl fühlten, so schreckte man unter solchen Umständen vor einem operativen Eingriffe zurück. Von Kiwisch an bis in die neuere Zeit huldigte man fast allgemein einer exspektativen Therapie. In neuerer Zeit jedoch beobachtete man mehrere Fälle, wo die Sache keinen so glatten Verlauf nahm, wo vielmehr die Frauen doch über kurz oder lang einer tödtlichen Peritonitis erlagen. Man ist daher von dieser zuwartenden Behandlung etwas zurückgekommen und ist für ein operatives Vorgehen. Darin sind aber fast alle einig, dass eine Operation nur dann angebracht sei, wenn man annehmen könne, dass der Plezentarkreislauf erloschen sei. Die Hauptgefahr besteht nämlich darin, dass die Plazenta ganz oder theilweise der vorderen Bauchwand anliegt und so vom Schnitte direkt getroffen wird, worauf dann eine schwer zu stillende Blutung die Folge ist. Ueber den Zeitpunkt, wann der Plazentarkreislauf aufgehört hat und somit über den Zeitpunkt der Operation sind die Ansichten noch geteilt. Litzmann berichtet über 33 Fälle. In 10 Fällen wurde die Operation kurz nach dem Fruchttode oder 8 Tage bis 5 Wochen danach ausgeführt. In allen Fällen war der Plazentarkreislauf noch vorhanden. Keine Operation ver-

lief ohne heftige Blutung und war für 8 Frauen der Ausgang ein tödlicher. In den übrigen 23 Fällen wurde 6 Wochen bis 1 Jahr nach Absterben der Frucht operirt, es starben 6 Frauen. Werth führt weitere 25 hierher gehörige Fälle an, von welchen 8 einen tödlichen Verlauf nahmen. Litzmann ist daher der Ansicht, dass 5—6 Monate nach dem Tode der Frucht der Zeitpunkt für die Operation gekommen sei, während Werth bereits nach 10—12 Wochen die Operation vornehmen will. Eine besondere Aufmerksamkeit verdient die Behandlung des Fruchtsackes. Wenn es möglich ist, soll derselbe exstipirt werden; nur in Fällen, wo er mit der Umgebung verwachsen oder sein Inhalt in Verjauchung übergegangen ist, soll man nach Schröder denselben konservativ behandeln. Ich selbst hatte als Unter-Arzt der hiesigen gynäkologischen Klinik Gelegenheit, einer von Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Pernice wegen ektopischer Schwangerschaft vorgenommenen Laparatomie beizuwohnen, wobei eine totfaule, mazerirte Frucht entwickelt und der Fruchtsack wegen allseitiger Adhärenz und Verjauchung konservativ behandelt wurde, wobei das von Werth empfohlene Natr. benz. ausgezeichnete Dienste leistete. 12 Wochen nach der Operation konnte die Frau völlig geheilt und arbeitsfähig entlassen werden.

Es kann nun der Fall eintreten, dass die Natur die Elimination des Foetus vorbereitet hat, sei es dass dieselbe durch die Bauchdecken, die Scheide oder den Mastdarm erfolgt. In diesem Falle bleibt uns nur übrig, dieselbe mit allen Mitteln, welche uns die Chirurgie an die Hand, giebt zu befördern. Die Retultate solcher in späterer Zeit operativ behandelten

Fälle sind recht günstige. So berichtet Parry, dass von 32 Fällen, wo Perforation bevorstand oder schon eingetreten war und wo nur dünne Gewebsschichten zu trennen oder schon bestehende Eitergänge zu erweitern waren, nur 3 einen letalen Ausgang nahmen, gewiss ein Resultat, welches ermuthigen muss, in solchen Fällen mit einem operativen Eingreifen nicht zu warten.

Nachdem ich so in Kürze die Ansichten, wie sie in der neueren Zeit über die Therapie der ektopischen Schwangerschaft vorherrschend sind, dargethan, will ich nunmehr einen Fall von Graviditas extrauterinia, welcher in diesem Jahre in der hiesigen geburtshülflichen Klinik zur Beobachtung kam und durch operative Behandlung seitens des Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Pernice geheilt wurde, etwas ausführlicher besprechen,

Anamnese.

Frau B. 30 Jahre alt aus G. ist bis zu ihrem 14. Jahre immer gesund gewesen. Ihre erste Menstruation hatte sie im 15. Lebensjahre; dieselbe trat regelmässig alle 4 Wochen ein und dauerte 3—4 Tage. Im Alter von 18 Jahren gebar sie das 1. Kind. Von da ab wiederholten sich die Geburten alle 2 Jahre. Im Ganzen brachte sie 6 Kinder zur Welt, welche sie alle selbst nährte. 4—6 Wochen lang nach jeder Geburt hatte sie blutigen Ausfluss. Die Regel stellte sich immer erst $^3/_4$ Jahre post partum ein. Am 4. Sept. 1889 gebar sie das letzte Kind. Geburt und Wochenbett hatten einen normalen Verlauf. In der ersten Zeit war Frau B. auch wohl und munter und konnte ihren Arbeiten nachgehen;

Nur klagte sie zuweilen über Schmerzen und Ziehen im Unterleibe, besonders in der linken Seite. Im Juni 1890 hatte sie wieder zum ersten Male ihre Regel; seitdem trat dieselbe noch 2 Mal in Zwischenräumen von 4 Wochen ein. Im September hatte sie 14 Tage lang andauernd geringe Blutungen, wobei „Stücke Blut" abgingen. Seitdem litt sie fortwährend an nur durch wenige Tage unterbrochenen Blutungen mit „Stücken". Die Schmerzen waren intensiver, wenn die Blutung aufhörte. In letzter Zeit hatte sie das Gefühl des Dickseins.

Status praesens.

Patientin ist eine kleine, magere, zart gebaute Person; die Gesichtsfarbe bietet nichts auffälliges dar; der Appetit ist gering. Stuhlgang und Urinentleerung erfolgen ohne Beschwerden. Bei der äusseren Untersuchung fühlt man 3 Finger breit oberhalb der Symphyse eine weiche, unebene, auf Druck schmerzhafte Resistenz von der Grösse eines Handtellers. Fluctuation ist nur undeutlich verhanden. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt eine hypertropische aufgelockerte Portio; der Uterus ist von normaler Grösse und liegt etwas nach rechts verschoben, dabei ist er anteflectirt. Links vom Uterus mit diesem verschiebbar fühlt man eine handtellergrosse, unebene schmerzhafte Resistenz. Ueber dieselbe verläuft in querer Richtung ein deutlich fühlbarer Strang. Das hintere Scheidengewölbe ist durch einen der hinteren Fläche des Uterus aufsitzenden weichen Tumor bis unter das Niveau des äusseren Muttermundes eingedrückt. Die Sonde geht leicht in den Uterus mit normaler Länge hinein; die Spitze ist leicht unter

den Bauchdecken fühlbar. Die Diagnose lautet: linksseitige Extrauterin-Schwangerschaft.

Operation.

Nachdem in vorsichtiger Weise der Uterus mit 2 pCt. Carbollösung ausgespült worden, wird am 19. November 1890 zur Operation geschritten. Nach vorheriger Darmentleerung und gründlicher Desinfektion wird Patientin chloroformirt und auf das planum inclinatum duplex gelagert. Die Haut, Unterhautzellgewebe, Muskeln werden durch einen in der Linea alba geführten Schnitt schichtweise durchtrennt, wobei nur geringe Hautblutungen stattfinden. Hierauf wird das Peritoneum in einer Länge von 17 cm geöffnet. Ausser Dünndarmschlingen und Netz wird im unteren Teile des Schnittes der Uterus sichtbar. Ihm sitzt oben und links ein dunkelblauroter Tumor auf. Im Douglas findet sich eine ziemliche Menge alter Blutkongula. Diese werden entfernt und gleichzeitig die infolge der schrägen Lage gegen das Zwerchfell sich andrängenden Gedärme durch warme Tücher vom Operationsfelde getrennt. Die dem Corpus uteri aufsitzende, in den Douglas hineinragende, hühnereigrosse Masse lässt sich von der Serosa des Uterus leicht trennen. Die Trennungsfläche zeigt viele alte Congula. Diese Masse setzt sich in die links vom Uterus liegende kontinuirlich fort. Man bemerkt, dass die Tube fast unmittelbar nach ihrem Abgange vom Uterus sich zu dem weichen Tumor, diesen überziehend, ausdehnt. Am Ende des Tumors ist das linke Ovarium sichtbar. Der Tumor erweist sich als eine Erweiterung der Tuba sinistra. Nach Loslösung der dem Uterus aufsitzenden Partie wird die ganze

Masse durch Umstechung unterbunden, so zwar, dass durch die Ligatur der Anfangsteil der Tube und das Ovarium gefasst werden. Darauf wird der Tumor mit der Scheere losgetrennt. An den Stellen, wo der Tumor mit dem Nachbargewebe adhärent war, zeigen sich parenchymatöse Blutungen. Ein Streifen Jodoformgaze dient zur Tamponade der blutenden Stellen. Sodann wird das Peritoneum und die Bauchwunde genäht, bis auf die Stelle, durch welche der Jodoformgaze-Streifen herausgeleitet wird. Die Anlage eines trocknen Jodoform-Verbandes beschliesst die Operation.

Die Temperatur ist an den beiden ersten Tagen normal, der Puls frequent, anfangs schwach, nachher stärker werdend.

Am 21. November wird der Jodoformgazestreifen herausgenommen. Der Rest des Peritoneums und der Bauchdecken wird mit 2 Nadeln vereinigt.

Am 28. November 1890 findet die Herausnahme der Nähte statt, wobei sich zeigt, dass prima reunio eingetreten ist.

Am 13. Dezember 1890 konnte Patientin geheilt entlassen werden.

Bei der Untersuchung des in Weingeist gehärteten Präparates finden wir, dass der Tubengang sich in einen Sack öffnet, welcher an einer Stelle einen Riss zeigt. Der Sack ist ausgefüllt mit alten nud neuen Blutkoagulis. Die Wand des Sackes ist mit Zotten ausgekleidet, welche man bereits mit blossem Auge erkennen kann. Bei der mikroskopischen Unter-

suchung, wobei Präparate von verschiedenen Stellen entnommen wurden, finden wir teils mit Blut durchsetztes Gewebe, teils Zotten, welche teilweise das Aussehen darbieten, als handele es sich um polypöse Wucherungen. Reines Plazentargewebe konnte noch nicht vorgefunden werden. Meiner Ansicht nach kann es sich in unserem Falle nebenbei noch um einen Polypen handeln, wodurch sich auch die Blutungen erklären liessen. Sollte durch noch weitere mikroskopische Untersuchungen Plazentargewebe nachgewiesen werden, so behalte ich mir vor, in einer späteren Arbeit darauf zurückzukommen.

Wir hatten es in unserem Falle mit einer Frau zu thun, bei welcher wir in der Lage waren, alle Anzeichen einer Tuben - Schwangerschaft vorzufinden. Nach Schroeder ist die Diagnose der ektopischen Schwangerschaft mit manchen Schwierigkeiten verknüpft, wenn wir es mit der ersten Periode zu thun haben; wenn es auch gelingt, eine extrauterine Geschwulst nachzuweisen, so liegen die Schwierigkeiten darin, eine bestehende Schwangerschaft nachzuweisen. In der späteren Zeit der Schwangerschaft liegt die Sache umgekehrt. In unserem Falle hatten wir eine Frau vor uns, die längere Zeit an Unterleibsbeschwerden litt. Wir fanden die Vaginalportion aufgelockert. Mittelst Palpation konnten wir links vom Uterus eine elastische, empfindliche Geschwulst nachweisen. Findet man diese Erscheinungen, so muss man nach der Ansicht Schroeders an eine ekoptische Schwangerschaft denken. Es handelte sich nun darum, die Schwangerschaft nach-

zuweisen, Aus der Anamnese erfahren wir, dass, nachdem die Regel ausgeblieben, eine länger andauernde Blutung eintrat, welche aber den menstruellen Charakter verloren hatte: ein Vorgang, den man in sehr vielen Fällen von ektopischer Schwangerschaft beobachtet hat. Ferner traten bei der Patientin subjective Schwangerschaftsbeschwerden auf, was bei einer Multipara für die Diagnose von grossem Werthe ist.

Da wir somit mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose auf ektopische Schwangerschaft stellen konnten, so wurde die Therapie nach den oben angeführten Grundsätzen geleitet, ein Verfahren, welches in unserem Falle von gutem Erfolge gekrönt war.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrtem Lehrer Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pernice für die Ueberweisung des Themas und für die gütige Unterstützung, die er mir bei der Bearbeitung desselben hat zu Teil werden lassen, meinen besten Dank auszusprechen; zugleich danke ich ihm, dass er mir Gelegenheit gegeben hat, mich in seiner Klinik in der Eigenschaft als Unter-Arzt in Geburtshülfe und Frauenkrankheiten weiter auszubilden.

Literatur.

1 Werth, Beiträge zur Anatomie und zur operativen Behandlung der Extrauterin-Schwangerschaft.

2. Schroeder, Lehrbuch der Geburtshülfe.

3. Handbuch der Frauenkrankheiten von Bandl, Billroth, Breiskych. 2. Auflage Band VI. Stuttgart 1886.

4. Archiv für Gynaecologie, Band XVI. XII.

5. Centralblatt für Gynaecologie 1883.

Lebenslauf.

Wilhelm Carl Maria Steffens, kath. Religion, Sohn des Kaufmanns Franz Steffens und dessen Ehefrau Sophie, geb. Kramer, wurde geboren am 11. Februar 1863 zu Aachen. Den ersten Unterricht genoss er in der Elementarschule; er besuchte sodann die höhere Stiftsschule, welche er zu Ostern 1877 mit dem Kaiser Karl Gymnasium daselbst vertauschte, von welchem er am 7. März 1883 mit dem Zeugnisse der Reife entlassen wurde. Ostern 1883 bezog er die Universität Greifswald, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Die ärztliche Vorprüfung bestand er am 7. März 1885. Von August bis November 1886 war er Volontärarzt am Deutschen Hospital zu New-York. Er kehrte sodann nach Greifswald zurück, um bis Michaelis 1887 als Unter-Arzt an der geburtshülflichen Klinik thätig zu sein. Am 22. August 1887 wurde er exmatriculirt. Die ärztliche Staatsprüfung begann er am 16. Nov. 1887 und beendigte dieselbe am 7. März 1888. Am 13. April 1888 trat er in den Dienst der Hamburg-Amerik.-Packetfahrt-Actien-Gesellschaft. Das Examen rigorosum bestand er am 13. Dezember 1890.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Greifswald:

A. Budge, J. Budge, v. Feilitsch, Gerstäcker, Holtz, Landois, Limpricht, Münter, Sommer, Arndt, Beumer, Grawitz,

Helferich, Krabler, Löbker, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Rinne, Schirmer, Schulz, Strübing.

In New-York:

Fred. Lange, Knapp, W. Meyer.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Bei graviditas extrauterina ist die Laparatomie frühzeitig vorzunehmen.

II.

Bei Vorfall der Nabelschnur ist die Wendung das rationellste Verfahren.

III.

Die Behandlung narbiger Strikturen des Oesophagus mit Aetzmitteln, sei es durch chemische, sei es durch die Galvanokaustik ist als unzweckmässig zu verwerfen.